

一位中年男性再次中風之 護理經驗

戴瑜慧、王維那*

中文摘要

本文旨在提升再次中風的中年男性自我健康管理認知及照顧能力，個案於2018年12月第一次診斷暫時性腦中風出院後可恢復正常日常生活，因未規律服用藥物，生活作息不正常，於五個月後再次罹患腦中風，護理期間自2019年5月9日至6月9日，以歐倫自我照顧模式，利用查閱病歷、直接照護、會談及觀察等方式收集資料，確認健康問題為：身體活動功能障礙、自我照顧能力缺失、知識缺失(特定的)及身體心像紊亂，協同物理、職能治療師及家屬擬定個別性復健計畫；藉由多元衛教方式及工具，包含影片、運動音樂、平板電腦測試、實際操作及回覆示教，提高個案參與自我健康管理及復健的積極度並落實於日常生活，建議制定腦中風照護的護理指引，讓護理人員可以依循護理指引提供正確的疾病認知及多元的衛教工具，希冀透過護理經驗的分享，提供照護此類個案之參考。(志為護理，2021; 20:6, 107-118)

關鍵詞：中年男性、再次中風、自我健康管理、Orem Theory

前言

依據衛生福利部2018年資料統計腦中風是造成全球人口死亡與失能的主要原因，且復發機率高，五年內累積復發率為35%，十年內累積復發率為51%，伴隨的後遺症會比第一次嚴重，日常生活需求增加，導致後續需長期照護問題。再者腦中風危險因子包括：高血壓、高血脂及抽菸等，又國人對疾病認知不

足，不知其嚴重性，導致復發機率提升，研究顯示，二次腦中風可藉由控制危險因子及規律服用抗血栓藥品來預防(臺灣腦中風學會，2020)，故加強國人對腦中風的認知，提升腦中風防治概念才可有效降低再次中風發生，減少醫療成本及照顧者負擔(楊等，2017；鄭，2019)。

本文個案為中年男性，依艾瑞克森心理發展理論，現屬成年中期，因再次中

奇美醫療財團法人奇美醫院永康總院護理師、奇美醫療財團法人奇美醫院永康總院護理長*

接受刊載：2021年2月24日

通訊作者地址：王維那 臺南市永康區中華路901號

電話：886-6-281-2811 #55601 電子信箱：316001@mail.chimei.org.tw

風入院，導致個案右側肢體肌肉力量為2分，喪失部分自我照顧能力，罹病初期出現否認行為，引發筆者動機，護理期間加強個案對疾病預防的認知，正向接受再次中風帶來的生心理衝擊，運用個別性照護技巧，提升自主性及自我照顧能力，早日重返社會。

文獻查證

一、再次腦中風個案自我健康管理之護理

腦中風的高危險群包含凝血功能異常、家族史、高血壓、血中膽固醇過高、肥胖及抽菸、酗酒等不良習慣，再者應熟悉腦中風常見症狀，如：口齒欠清、單側肢體突然無力及顏面無力，應立即就醫(錢、鍾，2018)，故評估日常生活型態相當重要，以下依危險因子及預防措施，分為三點說明，(1)戒菸防治，香菸中尼古丁與動脈粥狀硬化呈正相關，可提供尼古丁替代療法如貼片及口嚼錠提升戒菸成效；(2)血壓控制，平均血壓每增加10mmHg，中風危險性則提高30%，故需長期控制血壓，急性期為避免腦血管灌流不足故血壓控制在收縮壓小於220mmHg，舒張壓小於130mmHg，慢性期則依據國際高血壓學會建議收縮壓控制在小於140 mmHg，舒張壓小於90 mmHg；(3)飲食及血脂控制，血管內膽固醇及LDL增加，會增加血管栓塞形成，故需藉由飲食控制，如增加全穀類、蔬菜攝取，避免油炸及精緻食物，再配合降血脂藥物，才可有效預防腦中風的再次發生(臺灣腦中風學會，2020；鄭，2019)。

二、腦中風身體活動功能障礙之照護

腦中風會因梗塞部位而影響身體對側活動，若肌力越差，其功能限制越多，失能程度相對提高(李等，2018)，根據2018年臺灣腦中風復健指引指出，早期介入復健可提升腦中風病人的肌肉力量，降低失能的風險，臨床上需維持患側肢體正確擺位及關節活動，鼓勵健側肢體輔助患側肢體執行關節運動，初期應提供每日3-5次，每次30-45分鐘之運動，並於休息時搭配副木使用，可防止關節變形及攣縮；再者抬臀運動、坐姿平衡訓練及主動運動，皆可提升肌肉力量，改善身體活動功能障礙(韓等，2016；Hsieh et al., 2019)。

三、腦中風自我照顧能力之護理

腦中風造成的失能可依據日常生活活動評估量表(activities of daily living，簡稱ADL)進行評估，失能為一動態過程，30分以下屬極重度依賴，35-60分屬重度依賴，65分以上屬中度依賴(李等，2018)，除藉由復健增強肌力外，需再配合日常生活照顧之技巧訓練，日常生活功能量表共包含進食、修飾、個人衛生、盥洗、穿脫衣服、如廁及大小便控制；另外2項則與活動能力有關包含移位及行走(楊等，2017)，臨床上亦可教導運用輔具練習走路，使個案可盡早回歸社會(韓等，2016)。

四、腦中風之身心像紊亂護理

罹患腦中風因活動功能受阻，多數患者會併發的負面情緒，依賴程度大，其心理層面影響越劇，故護理期間除生理的照護、患者的心理層面亦需更加重視，研究指出，負面情緒越重，身體恢復程度越小(邵等，2018)。身心像改

變是指身體外觀及功能的改變，其會受個人的價值觀而有不同的反應，將此適應階段分為四期：(1)憤怒期(2)退縮期(3)接受期(4)重建期(詹等，2011)，當處於衝突及退卻階段時，護理師應早期介入，主動了解個案內心感受及需求，鼓勵並同理罹病各階段的情緒反應，協同家人的支持，給予正向的支持，陪伴個案渡過再次中風之心理歷程 (蔡等，2016；Sung et al.,2017)。

護理過程

一、個案簡介

(一)基本資料：

58歲廖先生，國中畢業是工廠擔任作業人員，有熬夜及抽菸習慣，父母雙亡，與妻子同住，育有一子一女，無藥物及食物過敏史。

(二)過去病史：

個案於2009年初次診斷高血壓，不按時測量血壓，收縮壓高於160mmHg時伴隨頭痛才會服用血壓藥物，於2014年停止心血管科回診，完全中斷血壓藥治療；2016年因頭痛頻繁，再次測量血

壓發現收縮壓平均約150-180mmHg之間，開始服用鄰居建議的中藥治療高血壓約二年，期間收縮壓平均約在140-160mmHg之間，於2018年6月喝完中藥身體不適，自行停用中藥，於同年12月因右側肢體乏力，右側肢體4分，左側肢體5分，就醫診斷發現暫時性腦缺血，爾後肢體肌肉力量皆恢復5分並辦理出院，出院後可恢復正常日常生活功能，並重返職場，雖有門診追蹤，但仍未按時服用血壓、抗凝血藥物等。

(三)此次疾病過程：

此次於2019/5/6出現頭暈、右側肢體無力三天未改善，5/9因跌倒被家屬發現送醫治療；詳細過程如表一。

護理評估

筆者於2019年5月9日至6月9日照護期間，藉由直接會談、觀察及查閱病歷方式，運用歐倫照護模式進行整體性評估，收集以下相關資料：

(一)自我照顧需求評估層面

1.一般性的自我照顧需求

(1)獲得充足氧氣

表一
疾病過程

| 日期 | 疾病發展 |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2019/05/06-07 | 頭暈、右手麻 |
| 2019/05/08 | 右手無力 |
| 2019/05/09 | 跌倒入院求診，身體評估：GCS(E4V5M6)、BP:224/113mmHg、NIHSS 7分、肌肉力量右側2分，左側5分，檢查與處置：電腦斷層排除腦出血，施打labetal-ole 25MG |
| 2019/05/10 | 核磁共振顯示：左側橋腦梗塞 |
| 2019/05/11 | 24小時心電圖：無心律不整 |
| 2019/05/14 | 會診復健科，每周一至五日復健療程 |
| 2019/06/09 | 出院轉至後期急性復健醫院 |

5/13個案嘴唇紅潤，呼吸時左右胸廓起伏一致，無使用呼吸輔助肌及無異常呼吸音，休息時呼吸速率約16次/分，活動後呼吸速率約24次/分，血氧濃度97%，四肢末梢紅潤溫暖。

(2)獲得充分營養

5/11測量身高173公分，體重為68公斤，BMI：22.7，屬正常範圍，依據營養師評估理想體重應為65.8公斤，每日熱量為1974卡，語言治療復健師評估吞嚥功能正常。生病前三餐不固定偏好油炸類，住院期間由妻子購買外食為主，觀察5/10早餐喝豆漿配油條，午餐進食漢堡搭配奶茶，晚餐進食便當，主食為炸雞排排骨等，5/11抽血報告，白蛋白：4.0g/dL，TG：221mg/dL，HDL：30mg/dL，LDL：193mg/dL，因觀察個案攝取皆是高脂肪飲食，故經評估確立有知識缺失(特定的)之問題。

(3)充分的水分攝取

個案每日攝取水分約1,500至2,000毫升，皮膚外觀完整，飽滿有彈性，四肢無水腫，5/9抽血報告，Na：138.6 mmol/L，K：3.63 mmol/L，為正常。

(4)維持正常排泄

住院期間每天早上解一次黃色軟便，無便秘情形，5/12觸診腹部柔軟，無腹脹情形，腸蠕動音12次/分；每日尿液排出量約1,000-1,200毫升，顏色呈黃色，清澈，無沉澱物。

(5)維持活動與休息的平衡

個案為工廠作業人員，工作以手指精細活動為主，慣用手是右手，無運動習慣，5/10測得肌肉力量右側2分，左側5分，5/10主訴：「我現在只能麻煩一直

麻煩別人，剩下左手能動，根本做不了什麼事!」、「我工作需要用到雙手，現在右手沒力，不知道還能不能工作」，5/16主訴：「雖然現在開始做復健，但右邊的力量還是很小，會不會一輩子都要要靠別人過日子?」、「幫我在後面推一下，我想翻另外一面，但我翻不過去。」觀察個案可自行翻向右側，左側需由案妻或護理人員協助翻身，5/20觀察個案步行時需案妻攙扶，提供助行器使用後可自行從床上站起，且只能由床頭步行至床尾；住院前平均每日持續睡眠時間為四小時，住院後可維持睡眠五小時，午休約1-2小時，經評估確立有身體活動功能障礙及自我照顧能力缺失之問題。

(6)維持獨處與社會之平衡關係

平常多數時間於工廠，下班後與同事、朋友及鄰居互動融洽，育有一子一女，主要照顧者為妻子，次為兒子；家中主要決策者為個案，5/10主訴：「我現在走路一跛一跛的，同事跟朋友看到不知道會怎麼想。」、「我現在這個樣子真是不想讓別人看到!」，觀察個案5/9-5/11拒絕朋友探視，5/10案妻訴：「我先生的朋友都有打電話來關心，但我先生請我婉轉的跟他們說不要來醫院。」5/12觀察個案愁眉苦臉，左手摸著右手有嘆氣情形，評估確立有身心像紊亂問題。

(7)防止對生命的危害

個案有高血壓病史，但無測量血壓、規則服藥及定期健康檢查情形，5/10主訴：「我之前中風過，那時候很快就出院了，我以為不會再發生，要注

意甚麼，才不會又發生。」5/13主訴：「雖然我家也有血壓機，但我很少量，現在住院後的血壓怎麼都那麼高？是不是跟這次中風有關？」，5/10電腦斷層顯示：內頸動脈有舊的梗塞，於左側橋腦為新的梗塞，5/13測量血壓224/111mmHg，追蹤後收縮壓仍大於200mmHg，故醫囑予12.5 MG labetalole靜脈注射；5/14主訴：「住院到現在都沒辦法出去抽菸，可以請我太太用輪椅推我到樓下抽一根菸嗎？」，評估個案不知道抽菸會提升腦中風發生機率，及對於腦中風危險因子不清楚，經評估確立有知識缺失(特定的)問題。

(8)增進身體功能及發展潛能

個案可配合醫療團隊治療、服用藥物及參與復健活動，案妻及兒子可在旁陪伴及鼓勵，5/18主訴：「我知道我現在只能靠復健恢復右手跟右腳的力氣，我太太都會在旁邊幫我，我必須要嘗試及學習自己可以做的，我太太才不會太辛苦。」觀察住院期間個案主動要求學習自我照顧的行為。

2.發展性的自我照顧需求

個案為45歲男性，依艾瑞克森心理發展理論，屬成年中期，生病前日常生活可自理，為家中次要經濟來源，主要來源為兒子，經日常生活活動量表評估為50分，經濟暫由兒子提供協助，5/11兒子表示「我請爸爸現在先專心復健，也跟媽媽說如果照顧累了，白天可以請看護一起照顧，我因為要上班沒辦法一直在醫院陪他們」，觀察個案及家屬間互相扶持鼓勵。

3.健康偏離性的自我照顧需求

個案無定期健康檢查，平常咳嗽或頭痛都到藥局買藥，長期服用街坊鄰居建議的中藥藥材治療高血壓，已服用約二年，約2018年6月喝完中藥身體感覺沉重不適，故停用中藥，沒有使用其他方式或藥物控制血壓。5/9主訴：「我覺得我不是中風，我之前中風沒有像現在這樣右手右腳舉不起來，你請醫生再幫我檢查看看!」，5/10主訴「還是我要再去別間醫院照核磁共振看看？」，故評估個案產生的心理變化階段為否認期；5/15主訴：「我知道自己右手右腳無力，要努力復健才行」，評估處於接受期及確立有知識缺失(特定的)問題。

(二)自我照顧能力缺失評估

5/12主訴：「衣服我扣不起來，你幫我一下!」，觀察個案家屬不在時，衣服只穿左邊；「我一隻手根本沒辦法好好吃飯，你看我的碗一直在跑!」，觀察個案用餐時，飯菜掉至餐盤外，5/13案妻訴：「我先生現在不能自己洗澡，我兩天幫他洗一次澡!」，5/10測得個案肌肉力量右側為2分，左側為5分，經日常生活活動量表評估為50分，屬嚴重依賴，沐浴、穿衣、進食、移位、如廁都需由家屬及護理人員協助完成，經評估確立有自我照顧缺失問題。

問題確立

綜合以上評估，確立個案健康問題有以下四項：(一)身體活動功能障礙/與肌肉功能障礙有關，(二)自我照顧功能缺失/與右側肢體乏力有關，(三)知識缺失(特定的)/與缺乏腦中風疾病認知有關，(四)身體心像紊亂/與腦中風造成右側肢

體偏癱有關，依輕重緩急陳述以下內容：

護理措施與結果評值

健康問題一、身體活動功能障礙/與肌肉功能障礙有關(日期:5/10-6/6)

主觀資料

5/10主訴：「我現在只能麻煩一直麻煩別人，因為只剩下左手能動，根本做不了什麼事！」「我工作需要用到雙手，現在右手沒力，不知道還能不能工作」。

5/16主訴：「幫我在後面推一下，我想翻另外一面但我翻不過去。」「雖然現在開始在做復健了，但右邊的力量還是很小，我會不會一輩子都要靠別人了？」。

客觀資料

5/10核磁共振顯示左側橋腦梗塞，肌肉力量右側2分；左側5分。5/13日常生活活動量表評估為50分，屬嚴重依賴。5/16觀察個案可自行翻向右側，左側需由案妻或護理人員協助。5/20觀察個案步行需案妻攙扶，提供助行器使用後可自行從床上站起，由床頭步行至床尾約2公尺。

護理目標

個案於5/20前右側肌肉力量可由二分進步至三分。6/6前可使用四腳拐手杖步行至少15公尺。

護理措施

1.完全代償性護理

(1)5/14告知復健及每日執行關節運動預防肢體攣縮的重要性。

(2)5/14以示範教學方式協助個案穿戴

右手副木，於副木放置毛巾，穿戴時間每次為2小時，中間需休息30分鐘。

(3)5/14-5/15教導個案復健前使用熱毛巾，每個關節熱敷5-10分鐘，於復健後按摩四肢肌肉，降低肌肉緊繃感。

(4)5/14-5/16將正確擺位圖片貼於床頭，並教導家屬每兩小時正確擺位。平躺時將枕頭墊於右肩胛骨，右臀外後方以枕頭支撐，膝蓋自然伸直，如圖一。右側臥時將右手肩胛骨外展，枕頭墊在背後，如圖二。左側臥協助躺成半俯臥姿，右手肩胛骨外展，枕頭墊於腋下；右大腿關節微向前傾，下肢使用枕頭支撐，左下肢伸直，如圖三。翻身時一手扶大腿，一手扶肩胛骨，不可拉扯手臂，協助翻身，見圖四。

(5)5/14-5/16執行及教導家屬於個案右側肢體被動關節運動，配合運動音樂，每日早、中、晚由遠心端至近心端執行：右手行外展內收、右肘行屈曲伸展及內外旋運動、右肩行內外旋運動；右腳趾行屈曲伸展運動、右腳踝行屈曲伸展及內外轉動、右膝行內外旋運動，每次10-20下。

2.部分代償性護理

(1)每週協同復健師及家屬依個案狀況擬定個別性復健計畫，如：5/14至5/20，右手拿500ml裝水寶特瓶練習手臂伸直及屈曲，將寶特瓶綁於右腿，往上舉再放下，增加右側肢體肌肉力量，每日三回，每回5次，行抬臀運動利用屈膝仰臥姿下抬高骨盆離開床墊，維持5至10秒；5/21至5/27，執行床邊坐起訓練，先平躺靠近床邊，翻身至左側躺，雙腳膝關節保持彎曲放於床緣下；坐姿訓練，

圖一



圖二



圖三



圖四



先坐床緣，再向後、向前、向左及向右伸舉使身體重心轉移以達練習維持平衡狀態；坐姿到站姿訓練，先坐床緣，雙腳自然平放於地面，雙手扶住前方陪客椅，重心放在左腳然後站起，以上訓練可增加軀幹穩定度；5/28至6/4行步行訓練，左手拿四腳拐手杖，拐杖先行，右腳隨後再移動左腳，沿走廊扶手5步為一組中間停留3分鐘，配合輔具步行出病室，每次訓練15分鐘。

(2)以平板電腦播放安全轉位衛教影片，及示範從床上到輪椅及輪椅回床上之轉位技巧直到執行正確。

3.支持和教育性護理

(1)5/14-6/4護理人員及家屬參與個案復健，當個案完成一項復健動作，即給予口頭讚賞。

(2)5/18教導家屬使用手機側錄復健狀況，返回病房後一同觀看復健影片，予正向支持，如：「你看你是有在進步

的，要繼續！」

(3)6/1提供腦中風學會網站的民眾專區衛教影片，讓個案了解腦中風急性中後期間之照護。<https://www.stroke.org.tw/GoWeb2/incl ude/index.php?Page=8-2>

結果評值

5/20個案右側肌肉力量可由2分進步至3分。6/6個案可獨自使用四腳拐手杖步行出病床至少15公尺。

健康問題二、自我照顧功能缺失/與右側肢體乏力有關(日期:5/12-6/8)

主觀資料

5/12主訴：「衣服我扣不起來，你幫我一下!」「我一隻手根本沒辦法好好吃飯，你看我的碗一直在跑!」5/13案妻訴：「我先生住院到現在，因為現在他不能自己洗澡，所以我每兩天都要幫他洗一次澡!」。

客觀資料

5/10評估個案肌肉力量右側2分，左側5分。5/12觀察個案用餐時，飯菜會掉至餐盤外。5/13日常生活活動量表評估為50分，屬嚴重依賴。

護理目標

5/22前個案可自行穿脫衣服。6/8前個案日常生活活動量表評估可由50分進步至60分，如：個案使用湯匙自行進食、自行穿衣褲並扣上鈕扣，在家屬協助下可自行洗澡。

護理措施

1.完全代償性護理

(1)評估四肢肌肉力量並依肌肉力量調整日常生活輔助行為衛教。

(2)給予足夠時間執行日常生活活動，請個案說出生活上的限制及需求，並立即回應需求提供協助。

2.部分代償性護理

(1)教導將止滑墊放置餐盤下，藉由止滑墊固定，以便自行進食。

(2)將日常生活用品，如：水瓶、尿壺、衛生紙置於個案左手邊，以便使用。

(3)請家屬準備寬鬆XL號套頭式衣物，並示範教導正確穿脫衣。

(4)以平板電腦播放翻身衛教影片，再指導正確翻身技巧：翻向右側時左手抓住對側床欄，左腳勾起右腳，雙膝微彎，以利翻身。

(5)解便時，請家屬先將便盆放置個案屁股下，解便完，指導個案自行翻向右側，右手及右腳勾住床欄，左手拿取衛生紙擦拭。

(6)洗澡時，請家屬先備妥沐浴用品並放置左側，指導個案使用長柄刷子清潔

身體部位，再使用浴巾擦乾身體。

3.支持和教育性護理

(1)鼓勵個案應運用雙手於日常，並給予正向回饋，如：「你做得很好!」，「沒有他人協助你也可以辦到!」。

(2)勿予個案施加壓力，與個案充足時間並時常鼓勵，提高自信心。

(3)介紹中風癱瘓病人成功復健回歸於社會病友，分享彼此經驗，<https://www.stroke.org.tw/GoWeb2/include/index.php?Page=8-2>分。

結果評值

5/26個案可自行穿上家屬準備的XL號套頭式衣服。6/8日常生活活動量表為65分，個案可使用湯匙用餐，周圍無飯菜掉落，可使用長柄刷子洗澡，洗澡後自行穿脫衣服，且將鈕扣完整扣好。

健康問題三、知識缺失(特定的)/與缺乏腦中風疾病認知有關(日期:5/10-6/8)

主觀資料

5/10-5/14主訴：「我之前才中風過，那時候很快就出院，我以為不會再發生，所以我現在要注意甚麼，才不會又發生。」「雖然我家也有血壓機，但我很少量，現在住院後的血壓怎麼都那麼高？是不是跟這次中風有關?」「我都沒有抽菸，可以請我太太用輪椅推我到樓下抽菸嗎?」。

客觀資料

5/10電腦斷層顯示：內頸動脈為舊的梗塞，於左側橋腦為新的梗塞。觀察飲食性質為喝豆漿配油條，漢堡搭配奶茶，炸雞排便當。過去病史顯示未按時服用高血壓用藥。

護理目標

5/20前個案可說出「高血壓藥物」的重要性及副作用。5/22前個案可說出「戒菸」之重要性。6/8前個案執行腦中風疾病認知後測答題正確達100分。

護理措施

1.完全代償性護理

(1)告知個案及案妻生活健康行為可預防腦中風復發之重要性。

2.部分代償性護理

(1)5/9予平板電腦點選腦中風疾病認知-前測，測驗內容有A.腦中風就是血管阻塞？ B.高血壓、高血脂及抽菸不會造成腦中風？ C.腦中風一生只會發生一次，所以出院後不需注意？ D.有心臟疾病的人較不易得到中風？ E.左右臉不對稱、一側肢體無力、講話不清楚為中風症狀？F.續上題，出現以上其中一項症狀，可觀察1天，若無改善再就醫？G.服用抗凝血藥物時需注意有無血尿及不明出血情形？H.服用抗凝血藥物後若有胃痛不適可自行停藥？I.餵食患者時，若患者一直有咳嗽情形不需理會？J.食物烹煮方式由清蒸取代油炸，可避免後天性高血脂，降低中風發生？測驗結果答對兩題為20分。

3.支持和教育性護理

(1)針對前測結果，與個案及家屬共同擬定衛教時間為；5/9下午3點提供腦中風照護手冊，衛教內容有腦中風的危險因子、症狀、醫療處置。5/10早上9點協同藥師指導抗凝血及高血壓藥物之重要性及作用與副作用。5/11早上9點協同營養師衛教飲食注意事項：「高血壓」及「高血脂」飲食原則，擬定飲食計畫。

5/12早上9點協同個案及家屬參與每周日團體衛教課程，並播放戒菸防治影片。5/15早上10點請案妻帶血壓機來醫院，指導使用方式及測量時機。6/9早上8點提供「腦中風症狀海報單張」加強記憶腦中風症狀辨識，及進行腦中風疾病認知-後測。

(2)教導個案回門診時，攜帶每日血壓紀錄表給醫生評估血壓控制情形。

(3)5/20會診戒菸專責護理師，衛教尼古丁對心血管之傷害，讓個案了解戒菸之重要性。

結果評值

5/20發藥時，個案主訴：「我知道這裡面有抗凝血藥及血壓藥」，可正確說出其作用及副作用。5/22個案可說出：「我知道抽菸對血管不好，要認真開始戒菸了。」6/9個案執行腦中風認知後測結果達100分。

健康問題四、身體心像紊亂/與腦中風造成右側肢體偏癱有關(日期:5/10-5/21)

主觀資料

5/10主訴：「我現在走路一跛一跛的，同事跟朋友看到不知道會怎麼想。」「我現在這個樣子真是不想讓別人看到！」案妻訴：「我先生的朋友都有打電話來關心，但我先生請我婉轉的跟他們說不要來醫院。」

客觀資料

5/11右側肌肉力量2分。5/12觀察個案愁眉苦臉，左手摸著右手有嘆氣情形。

護理目標

5/15個案可正向說出身體心像改變的感受。5/21個案可接受親朋好友來探

視，不再拒絕訪客。

護理措施

1.完全代償性護理

(1)5/10向個案自我介紹，每日主動關心個案，建立良好護病關係。

(2)5/10-5/21運用同理心隨時傾聽個案內心感受，隨時注意非語言表徵。

2.部分代償性護理

(1)5/9-5/18紀錄個案生病前期、中期至後期之心理過程，並告知家屬會有的心理變化並如何面對個案，紀錄如右：5/9至5/14為否認憤怒期，故同理二次中風引發的心理反應，不與個案正面衝突；5/15至5/18為接受期，鼓勵說出對未來的期許，與個案及案妻共同計劃日後自我照顧準備。

(2)5/14-5/15指導個案日常生活活動時，擺放鏡子於個案面前，鼓勵個案觀看並表達感受。

(3)5/16-5/18告知家屬收集朋友的鼓勵以錄影方式給個案看，讓個案踏出心房，接受他人。

3.支持和教育性護理

(1)5/9-5/14傾聽個案內心感受，過程以床簾圍起維護個案隱私。

(2)5/17-5/18鼓勵家屬說出內心感受，提供相關情緒支持，協同家屬與個案討論未來生活目標，使個案可正視自己的身心狀態，再次回歸於社會。

結果評值

5/15個案能主動提出內心的想法，與護理人員討論並尋求協助，主訴：「我知道右邊沒力，是不是復健可以恢復正常。」。5/21個案接受親朋好友探視，

主動向朋友說明疾病發生的經過。

討論與結論

本報告旨在提升再次中風的中年男性自我健康管理的認知及照顧能力，護理期間自2019/5/9至6/9，以歐倫自我照顧模式為評估工具，利用查閱病歷、直接照護、會談及觀察等方式收集資料，確認其健康問題為：身體活動功能障礙、自我照顧能力缺失、知識缺失(特定的)及身體心像紊亂，筆者協同復健師及家屬依個案狀況擬定個別性之復健計畫；運用運動音樂增強復健的動力，及設計認知題目配合平板電腦測試腦中風疾病的認知，再者依著個案生病之心理變化，提供支持及鼓勵，提高個案參與自我健康管理及復健的積極度，及接受「急性後期整合照護計畫」持續密集性復健，筆者於6/16進行電訪追蹤，其案妻開心的分享「我先生可以用四腳拐手杖走到外面散步了，我們每天都有量血壓按時吃藥，他也戒菸了，真的很謝謝妳」，筆者感受個案及案妻對自我健康管理重視，深感欣慰。

「預防勝於治療」絕對不是口號，強化腦中風疾病認知及自我健康的管理，讓病人從知道進而落實在日常生活裡實為重要。然，限制於腦中風病人由不同護理人員照護，在護理指導的多元性及品質難以控制，因此建議制定腦中風照護的護理指引，讓護理人員可以依循護理指引提供正確的疾病認知及多元的衛教工具，使病人可以積極參與自我健康管理，避免再次中風的發生。

參考資料

- 李怡玲、李世代、曹昭懿、胡名霞(2018)·居家物理治療改善日常生活活動功能之因素分析·*物理治療*，43(3)，229-246。https://doi.org/10.6215/FJPT.201809_43(3).0004
- 邵琪雯、江怡椿、張文典、陳淑雅(2018)·腦中風上肢動作恢復較佳者重返日常生活使用易受心理社會因素影響·*物理治療*，43(4)，323-324。https://doi.org/10.6215/FJPT.201812.P17
- 楊文英、李岩恆、吳淑娟、蘇希洵、陳美伶、孫天龍、黃建華(2017)·急性後期中風病人上肢動作缺損與日常生活功能之關聯分析·*醫學與健康期刊*，6(2)，45-55。
- 詹淑雅、劉芹芳、金繼春(2011)·身體心像紊亂之概念分析·*新臺北護理期刊*，13(1)，63-72。https://doi.org/10.6540/NTJN.2011.1.007
- 臺灣腦中風學會(2020)·*腦血管疾病血脂異常治療指引*。https://www.stroke.org.tw/GoWeb2/include/index.php?Page=3
- 臺灣腦中風學會(2020)·*腦中風危險因子之一般處理準則：高血壓*。https://www.stroke.org.tw/GoWeb2/include/index.php?Page=3
- 衛生福利部疾病管制署(2018)·*慢性疾病防治組之腦血管疾病*。https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=213
- 錢駿、鍾芷萍(2018)·缺血性腦中風的分類·*臨床醫學月刊*，81(2)，72-76。https://doi.org/10.6666/ClinMed.201802_81(2).0014
- 韓德生、林家瑋、盧璐、蕭名彥、吳爵宏、梁蕙雯、張凱閔、王亭貴、潘信良、張權維(2016)·臺灣腦中風復健治療指引·*臺灣復健醫學雜誌*，44(1)，1-9。https://doi.org/10.6315/2016.44(1)01
- 蔡惠如、曾詩蘋、王守玉、張瑛瑛、趙玉環(2016)·探討首次腦中風病人初期之調適過程·*護理雜誌*，63(2)，2-6。https://doi.org/10.6224/JN.63.2.103
- 鄭建興(2019)·吸菸與戒菸對中風的影響·*臺灣中風雜誌*，1(2)，127-131。https://doi.org/10.6318/FJS.201909_1(2).0006
- Hsieh, C. Y., Su, C. C., Sung, S. F., Lin, S. J., Kao Yang, Y. H., & Lai, E. C. (2019). Taiwan's national health insurance research database: Past and future. *Clinical Epidemiology*, 11(1), 349-358.https://doi.org/10.2147/CLEP.S196293
- Sung, S. F., Lai, E. C., Wu, D. P., & Heish, C. Y. (2017). Previously undiagnosed risk factors and medication nonadherence are prevalent in young adults with first-ever stroke. *Pharmacoepidemiology And Drug Safety*, 26(12), 1458-1464. https://doi.org/10.1002/pds.4250。

Nursing Experience of Caring for a Middle-Aged Male with a Second Stroke

Yu-Huei Dai, Wei-Na Wang*

ABSTRACT

This article reports strategies that improve self-care management in a middle-aged male patient who suffered a second stroke. The case was diagnosed with temporary stroke in December 2018 and was discharged from the hospital and could resume normal daily life. During the period of care from May 9 to June 9, 2019, Orem's self-care theory was used as the framework for this project, and data were collected from medical record review, care notes, interviews, and observations. Problems identified included functional movement disorder, lower self-care ability, lack of knowledge (specific), and body image disturbance. By coordinating with physical therapists, occupational therapists, and family members, the nurse developed an individualized rehabilitation plan for the patient. Through various health education tools and activities including videos, music, tablet-based tests, practical operations, and teach-back, patient participation in self-care management was improved, and integration of rehabilitation activities into everyday life was also achieved. Adding these strategies to the stroke nursing guideline is recommended for nurses to foster disease awareness and to provide patients with various tools to improve disease outcomes. By reporting this case, we hope that this experience can serve as a reference for nurses caring for patient with a second stroke. (Tzu Chi Nursing Journal, 2021; 20:6, 107-118)

Keywords: Middle-aged male, Orem's Self-Care Theory, Second stroke, Self-care management

RN, Chi Mei Medical, Yongkang ; Head Nurse, Chi Mei Medical, Yongkang

Accepted: February 24, 2021

Address correspondence to: Wei-Na Wang No.901, Zhonghua Rd. Yongkang Dist., Tainan City 71004 Taiwan

Tel: 886-6-281-2811 #55601 E-mail: 316001@mail.chimei.org.tw